

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1970

THESE

N°

8

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean - François PAILLER

né le 13 octobre 1943

à MOULINS (Allier)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

LES GLOSSODYNIES . ESSAI DE TRAITEMENT

PAR LE PHOSPHATE DE BETAMETHASONE .

Président : Mr. **CERNEA** , Professeur .

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1970

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean - François PAILLER

né le 13 octobre 1943

à MOULINS (Allier)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

LES GLOSSODYNIES . ESSAI DE TRAITEMENT

PAR LE PHOSPHATE DE BETAMETHASONE .

Président : Mr. **CERNEA** , Professeur .

FACULTE DE MEDICINE DE PARIS

N°

THÈSE

ANNÉE 1970

DOCTORAT EN MEDICINE

(option 500)

1970

Thèse présentée par

M. G. G. G. G.

à la Faculté de Médecine de Paris

Président du Jury : M. G. G. G. G.



LES GLOSSOVIRES, ESAI DE TRAITEMENT

PAR LE PHOSPHATE DE BÉTAMÉTHASONE

Thèse de M. G. G. G. G.

A ma Femme et ma Famille.

A tous mes amis stomatologistes et chirurgiens-dentistes.

A mon Maître, Monsieur le Professeur CERNEA,

qui m'a accueilli dans son service au long de mes études dans la
spécialité;

et qui a bien voulu accepter la Présidence de cette Thèse.

A mon Maître, Monsieur le Docteur LEPOIVRE,

dans le service duquel j'ai pu :

- m'initier à la stomatologie;
- et accomplir ce travail.

A mon Maître, Monsieur le Docteur COMMISSIONAT,

qui m'a guidé avec bienveillance dans la réalisation de cet ouvrage.

A Monsieur le Docteur MOULONGUET,

qui m'a introduit dans le difficile domaine des paresthésies pharyngées
et dans leurs relations avec les glossodynies.

A Monsieur le Docteur LAUDENBACH,

pour l'enseignement qu'il a su me dispenser avec patience.

A Messieurs les Docteurs CHICKANI et ROUCHON, et à tous mes Maîtres de
l'Institut de Stomatologie.

A Mademoiselle Lydia PEZZANI,

à qui est due la réalisation de cet ouvrage.

I N T R O D U C T I O N

Le terme de glossodynïe, de par son étymologie, signifie uniquement douleurs linguales, terme très vague; l'usage a fait que l'on entende sous ce terme un syndrome douloureux localisé à la langue en l'absence de cause objective décelable.

A la base de ce syndrome qui semble purement fonctionnel, nous pensons pouvoir incriminer l'irritation infra-clinique de la langue que peuvent laisser prévoir l'anatomie et la physiologie de cet organe.

-oOo-

HISTORIQUE

C'est en 1885 que KAPOSI et ALBERT, médecins viennois, font apparaître pour la première fois dans la littérature le mot de glossodynie. Le traitement consiste en la cautérisation au moyen de la "pierre infernale" de petites saillies symétriques situées dans la région des papilles foliées. Les douleurs disparaissent alors un moment.

Auparavant, peut-on citer les noms de :

BRECHET, 1810, qui parle de glossalgie englobant sous ce terme les névralgies linguales et les glossodynies dues à de grosses lésions à leur début. On retrouve son nom à "Glossalgie" dans le dictionnaire en 60 volumes de 1817.

ROSER, 1835, dans ARCH. F. PHYS. HEUILK XIV, pratique l'extirpation du nerf lingual.

HALLIDAY, 1841, p. 47 dans le traité des névralgies présente deux observations. "Tout traitement fut inutile".

NEFFE, 1845, y consacre un article dans : "WIENER MED. ZEITUNG".

HALLIDAY, DECHAMBRE et VALLEIX traitent de la névralgie linguale dans le dictionnaire encyclopédique 2ème série T I, p. 377, 1868.

.../...

Mais si l'on veut essayer de remonter le plus loin possible, c'est VIGIER en 1620 qui aurait cité le premier cette affection dans son ouvrage : "TRATUS ABSOLUTISSIMUS DECATORO ILLUMATISSIMO VITUS LINGVAE".

En France, c'est VERNEUIL qui présente le premier, sans avoir eu semble-t-il connaissance du travail de KAPOSI, une communication à ce sujet, devant l'Académie de médecine, le 27 septembre 1887, que l'on retrouve dans le bulletin de cette académie : "Sur les ulcérations imaginaires de la langue".

Il y a rapporté un certain nombre de cas dans lesquels des malades souffrant de la langue mettaient une persistance singulière à désigner un point de l'organe, toujours le même, comme siège d'une lésion, d'une ulcération, alors qu'aucun examen ne permettait de reconnaître rien de semblable. Ainsi se justifiait pour lui le terme d'ulcération imaginaire.

Le 16 septembre 1888, devant la société de stomatologie, MAGITOT E., après avoir rappelé son mémoire : "De la glossodynie", à propos de deux nouvelles observations dans la gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie présente une communication intitulée : "Contribution à l'histoire de la glossodynie, à propos de deux nouvelles observations", que l'on retrouve dans le compte rendu de cette société.

Il insiste sur l'absence de signe objectif et décrit deux formes :

- rhumatismale, où la douleur occupe généralement toute la masse de l'organe, augmentant dans les mouvements, tensive, lancinante; tantôt fixe et permanente, tantôt coupée de rémissions, sans augmentation de volume, ni de température de la langue, malgré les sensations fréquentes de chaleur ou de cuisson accusées par les malades;

- névralgique, où la douleur, généralement spontanée, intermittente, ne s'exagérant point par les mouvements, occupe, soit un rameau nerveux unique, soit deux rameaux pairs et symétriques. A côté du traitement moral préconisé par certains, il cite les thérapeutiques générales et locales, applicables aux manifestations "arthrériques et névropathiques en général":

- . les alcalins, l'hydrothérapie;
- . les bromures, l'aconitine;
- . les calmants et anesthésiques locaux;
- . les révulsifs (galvanocautère).

Dans la première observation, il s'agit d'une femme de 50 ans qui tenait pour pathologique une papille caliciforme terminale. On lui conseille, en raison de l'insuccès de nombreux traitements institués, une hydrothérapie prudente en attendant la saison des cures, à NERIS par exemple.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme de 64 ans névropathe et rhumatisant avec manifestations herpétiques, ayant des antécédents de syphilis.

Les douleurs entraînent une gêne à la phonation et à l'alimentation. Le point désigné par le patient est une papille caliciforme. Traitement par hydrothérapie.

LABBE préconise un traitement "avant tout, moral".

LABORDE note la relation avec "l'hypocondrie et la paralysie générale".

HARDY insiste sur le caractère névropathique de la plupart des malades.

DIDAY précise le siège des douleurs : "A l'union du tiers postérieur et des deux tiers antérieurs, là où les plis verticaux qui existent à l'état normal peuvent, quand ils sont hypertrophiés par l'usage du tabac et de l'alcool, faire croire au malade que l'intervalle qui les sépare est une ulcération".

On retrouve encore les noms de :

PITRES, AZUA dans "CANCERES IMAGINARIOS DE LA LINGUA. ACTOS DERMOSIFILOGRAFICAS, 1910".

C'est ENGMAN, en 1920, qui crée le terme de "BURNING TONGUE" dans "ARCHIVES OF DERMATOLOGY AND SYPHILOLOGY, Février 1920".

CASTEX consacre sa thèse aux glossodynies et y fait l'ébauche d'une classification. Thèse Bordeaux n° 83 - années 1921/1922.

Il distingue :

- les glossodynies d'origine locale :

1°) extrinsèques dues :

- . à des affections dentaires;
- . au port d'une prothèse,

qui sont responsables pour lui dans la majorité des cas d'ulcérations.

Il y ajoute :

- . les granulations pharyngées de SCHECK;
- . l'hypertrophie de l'amygdale linguale de CHAUX (Glossodynies latérales papillaires de la région).

.../...

2°) intrinsèques :

- . des glossites chroniques dues :
 - au tabac;
 - à l'alcool;
 - aux médicaments.
- . des varices linguales (PETROWSKY);
- . l'hypertrophie papillaire :

(Série de plis existant de chaque côté de la base de la langue, présentant des organes du goût semblables à ceux des papilles caliciformes).

- les glossodynies d'origine générale :

- . le rhumatisme de la langue;
- . les névralgies du trijumeau;
- . les névralgies du zona;
- . les glossodynies des aliénés;
- . les glossodynies des tabétiques;
- . les glossodynies des hystériques.

Il décrit la douleur :

- dans son siège :

- . soit à l'extrémité;
- . soit au niveau des bords de la langue, voire à la partie médiane de la lèvre inférieure et vers les joues;

- à type :

- . de brûlure, picotement, sensation acide ou salée;

- calmée par la mastication, ou l'ingestion d'aliments;

- à l'examen:

l'aspect de la muqueuse est normal;

- le terrain : névropathique.

Il cite cette phrase : c'est "la meilleure et la pire des choses" pour dire que l'évolution se fait vers la guérison, la persistance où l'aggravation.

Depuis lors, GAILLARD, GREENBAUM, GURSHMAN, DELABY, MOUGNAUD, LATTES, FRIEZ et de nombreux autres se sont penchés sur le problème.

Nous insistons surtout sur les travaux récents de :

BARA, algies de conversion dans les Actualités odonto-stomatologiques, 1953, p. 401.

SKACH et ANDELOVA dans contribution à la question des sensations de brûlure de la cavité buccale, mettent en évidence la possibilité de "douleur" débordant la langue et réalisant véritablement des "stomatodynies".

BATAILLE, DESCROZAILLES, MUGNIER, rapport au 14ème Congrès de stomatologie.

JEDRZEWSKA dans la revue de stomatologie 1965, p. 283.

BURGER et FLEURY dans Glossodynie syndrome psychosomatique, définissent plusieurs groupes selon l'atteinte psychique.

IRVIN WALTER SCOPP dans : Oral medicine a clinical approach with basic science correlation 1969.

ANATOMIE - PHYSIOLOGIE

La langue est un organe musculaire et muqueux destiné à la gustation, la déglutition, la mastication, la phonation.

Elle est constituée :

- d'une partie mobile;
- d'une partie fixe ou base de la langue.

Nous décrirons succinctement :

- Le segment buccal :

situé en avant de l'isthme du gosier et du V lingual.

- 1°- sa face supérieure :

présente un sillon médian sur lequel viennent s'implanter régulièrement des rangées de papilles fongiformes et filiformes à la manière des barbes d'une tige. Ce sont elles qui donnent à la langue son aspect tomentueux et au toucher la sensation de velouté.

A sa limite postérieure la face dorsale présente le V lingual que forment 9 ou 11 papilles caliciformes. Ces papilles volumineuses et toujours visibles se disposent en deux séries linéaires, l'une droite et l'autre gauche qui se dirigent obliquement d'arrière en avant et de dedans en dehors formant ainsi un V ouvert en avant et dont les deux branches se dirigent vers les bords de la langue sans les atteindre.

La face supérieure est humide et rosée;

2°- Les bords libres et arrondis répondent aux arcades dentaires ainsi qu'aux dents qui s'y implantent et sur lesquelles ils frottent lors des mouvements divers de l'organe.

- Le segment pharyngien :

La face pharyngienne constitue la portion buccale du pharynx de surface très inégale. Elle est occupée, en effet, par des saillies irrégulièrement hémisphériques de 1 à 4 mm de diamètre, séparées les unes des autres par des rigoles circulaires et creusées à leur sommet d'un petit orifice qui conduit dans une cavité centrale. Ce sont les follicules dont la disposition rappelle exactement par leur structure et par leur signification morphologique ceux de l'amygdale palatine : on leur donne le nom d'amygdale linguale.

- Constitution anatomique :

- a) charpente ostéofibreuse;
- b) 17 muscles;
- c) muqueuse :

Histologiquement :

Derme ou chorion, que revêt un épithélium pavimenteux stratifié, avec présence de nombreux éléments appelés papilles de la langue :

- 1) caliciformes;
- 2) fongiformes;
- 3) filiformes;
- 4) foliées occupant la partie postérieure des bords;
- 5) hémisphériques sur toute l'étendue de la muqueuse.

d) glandes.

- Innervation :

1°- Innervation générale :

- a) du nerf lingual, branche du maxillaire inférieur, se ramifie sur les 2/3 antérieurs de la muqueuse de la langue.
- b) du nerf laryngé supérieur du X qui donne quelques fibres à la portion toute postérieure de la muqueuse de la base de la langue et l'amygdale linguale.

2°- Sensibilité spéciale :

La sensibilité gustative ne relève que du IX.

Le lieu d'élection des glossodynies résidant dans le domaine du nerf lingual, il paraît intéressant d'étudier son anatomie plus en détail.

- Le nerf lingual :

C'est la branche antérieure du tronc postérieur de division du nerf maxillaire inférieur. Il naît dans la région interptérygoïdienne. Dans cette région, le nerf lingual reçoit la corde du tympan, branche du VII. Il est en rapport avec les autres branches de division du nerf maxillaire inférieur et les éléments artério-veineux maxillaire interne et leurs branches. Son trajet presque vertical (très légèrement oblique en bas et en avant) l'amène dans :

.../...

A.- L'espace ptérygo-maxillaire :

Dans cet espace, le nerf oblique en bas et en avant chemine là entre :

1) en dedans le ptérygoïdien interne :

- . recouvert de l'aponévrose interptérygoïdienne;
- . le nerf descend le long du bord antérieur du segment libre de l'aponévrose.

2) en dehors, la branche montante :

- . il se rapproche du bord antérieur de la branche montante;
- . et vient toucher la face interne du corps du maxillaire en dessous de la dernière grosse molaire, y marquant inconstamment à ce niveau une gouttière.

- Le nerf :

1) s'écarte de plus en plus du nerf dentaire inférieur;

2) il est accompagné de l'artère du nerf lingual cheminant en arrière.

B.- Le segment lingual :

Il entre alors dans la langue en passant dans un hiatus musculaire limité :

- . en haut, par le faisceau mylo-hyoïdien du constricteur supérieur;
- . en bas, par le faisceau lingual du constricteur supérieur.

Il est là :

- . sur la face externe du styloglosse qui le sépare du IX.

Puis il croise profondément la partie inférieure du ligament ptérygo-maxillaire.

Il débouche ainsi sur la face latérale de la langue.

Il traverse la partie haute de la loge sous-maxillaire en rapport en haut avec la muqueuse linguale qui se réfléchit pour former le sillon gingivo-lingual séparant le nerf de la face interne du corps du maxillaire : "Il suffit d'inciser la muqueuse en dedans du collet de la dernière grosse molaire pour découvrir le nerf" (GREGOIRE).

En dedans, le nerf est appliqué :

- . sur le muscle styloglosse;
- . puis sur le nerf basio-glosse de l'hyoglosse.

En bas, il surplombe le pôle supérieur de la glande sous-maxillaire coiffé de l'artère faciale. A ce niveau, le ganglion sous-maxillaire est appendu à la face inférieure du nerf.

* Puis le nerf lingual, presque horizontal passe dans la partie supérieure du défilé musculaire répondant :

- . en dedans à l'hyoglosse;
- . en dehors au mylo-hyoïdien;
- . en haut et en dehors à la muqueuse linguale;
- . en bas, il se rapproche du canal de WHARTON.

* Puis le nerf oblique en haut et en avant traverse la partie toute supérieure de la loge sublinguale.

Il est en rapport :

- . en dehors avec la muqueuse linguale;
- . en dedans, il croise le canal de WHARTON.

* Dans tout son trajet sur les faces latérales de la langue :

- . le nerf est compris dans une lame celluleuse;
- . il est accompagné :
 - de l'artère du nerf lingual,
 - et de veines.

C.- Il se termine au niveau de la loge sublinguale en avant de l'hyoglosse par un très grand nombre de branches qui se distribuent.

Essentiellement à la muqueuse :

- . des faces latérales de la langue;
- . du sillon linguo-gingival;
- . de la face inférieure de la pointe;
- . des 2/3 antérieurs de la face dorsale de la langue.

Accessoirement pour :

- . l'artère linguale;
- . les glandes linguales salivaires.

Le territoire muqueux du lingual est donc représenté en gros par la muqueuse suivant exclusivement les deux ébauches antérieures de la langue :

- . pointe;
- . face inférieure;
- . 2/3 antérieurs de la face supérieure atteignant le V lingual.

Mais alors qu'en avant les linguaux chevauchent l'un sur l'autre, en arrière, le lingual ne dépasse pas le V lingual, tandis que le IX empiète sur son territoire.

AU TOTAL

L'extrême mobilité, l'irrégularité de la surface de la langue, située dans un milieu septique, au milieu d'arcades dentaires plus ou moins agressives expliquant que les facteurs d'irritations soient multiples et que des lésions inflammatoires infracliniques retentissent rapidement sur cet organe richement innervé.

Notons à ce propos que tous les auteurs conduits par le patient à pratiquer une biopsie ont vu l'histologiste signaler une inflammation microscopique alors que cliniquement rien n'était perceptible.

—oOo—

E T I O L O G I E

- - - - -

Nous distinguons deux grands groupes : les causes locales linguales et les causes extralinguales.

1°- Causes locales linguales

Elles sont à retenir chaque fois qu'il existe une lésion superficielle créant une fragilisation ou une susceptibilité linguale, engendrant des irritations normalement non perceptibles.

Nous insisterons sur :

- . les fissures microscopiques de la langue;
- . l'inflammation des amygdales linguales, lesquelles sont volontiers hypertrophiées;
- . l'inflammation des papilles fongiformes du V lingual;
- . les microtraumatismes dentaires ou prothétiques.

La muqueuse entre les papilles peut-être fendillée et érodée. L'examen histologique montre l'hypertrophie des follicules lymphoïdes. Il est difficile de faire la part du facteur irritatif local et des désordres constitutionnels qui peuvent y participer.

Parmi les facteurs traumatiques citons :

- . les malpositions;
- . les anomalies de forme (constitutionnelle = cuspidé acérée; ou acquise = reconstitution coronaire défectueuse, prothèse mal ajustée, crochets traumatisants, ou tout simplement dent fracturée ou cariée).

.../...

Ce peut être aussi :

- . une bricomanie;
- . des tics de pression linguale;
- . une irritation :
 - par des dépôts tartriques;
 - par électrogalvanisme;
- . une irritation par facteurs exogènes :
 - usage excessif de boissons alcoolisées, de tabac;
 - mets très épicés;
 - caustiques;
 - allergie : au rouge à lèvres;
 - aux dentifrices;
 - aux bains de bouche;
 - aux prothèses (résine ou colorant);
- . enfin, une glossite, voire toutes les maladies de la langue.

2°- Causes extralinguales parmi-elles :

- . les lésions de voisinage;
- . le syndrome de COSTEN DECHAUME;
- . le syndrome de GOUGEROT HOUWERS SJOGREN; et
- . toutes les causes de xérostomies.
- . l'arthrose cervicale;
- . les allergies, le tabès, le diabète, l'athérosclérose, l'hyperthyroïdie;
- . les troubles de l'appareil digestif;
- . les désordres vitaminiques;
- . les anémies, les troubles de la paroi capillaire;
- . le syndrome de PLUMMER VINSON.

C'est dire l'importance de l'interrogatoire par l'étude des antécédents et l'utilité des examens complémentaires parmi lesquels seront donc systématiques NFS, VS, glycémie, taux du fer sérique.

.../...

Une étiologie nouvelle est apparue avec l'intoxication chronique par les médications neuro-psychotropes, par l'intermédiaire de l'hyposalie qu'elles entraînent :

1°- Psycholeptiques :

- . hypnotiques :
 - les barbituriques diminueraient peu la sécrétion salivaire;
 - les opiacés;
- . neuroleptiques :
 - les phénothiazines, les plus fréquemment responsables des asialies (largactil, nozinan, théralène, melleril, surmontil);
 - les réserpines;
- . tranquillisants :
 - les relaxants (équanil, librium, valium).

2°- Psychoanaleptiques :

- . dérivés de l'imipramine;
- . inhibiteurs de la Mono-Amine Oxydase.

Pour DECHAUME et LAUDENBACH : "Parfois il s'agit de petits névrosés, émotifs, anxieux ou déprimés qui se traitent plus ou moins eux-mêmes avec de petites doses de neuroleptiques ou tranquillisants divers et successifs. Ne soupçonnant pas la nocivité de cette thérapeutique mineure, mais plus ou moins quotidienne, ils trouvent un nouveau facteur d'anxiété ou de dépression dans quelques signes fonctionnels généralement discrets mais néanmoins majorés par leur état : sensation de bouche sèche, goût âcre, picotements linguaux, gingivaux, jugaux, palatins ou pharyngés qui posent le problème difficile des stomatodynies et des glossodynies plus particulièrement. Sans doute la glossodynie peut parfois avoir été la raison de la thérapeutique neuro-psychotrope, inversement nous avons vu apparaître ces paresthésies douloureuses chez des anxieux ou des surmenés recourant depuis longtemps à l'excipient des tranquillisants".

C L I N I Q U E
- - - - -

Il s'agit d'un syndrome douloureux de la langue sans cause immédiate constatable où l'on est frappé par la discordance entre l'importance des signes subjectifs et la discrétion des lésions objectives.

Avec BATAILLE, DESCROZAILLES, MUGNIER, nous excluons de ce cadre les douleurs liées à des lésions indiscutables, à substratum organique évident : affections inflammatoires, traumatiques ou tumorales; la douleur linguale n'y est qu'un signe parmi d'autres et est aisément rapportée à sa cause. Nous éliminons également les névralgies du glossopharyngien et du lingual.

Classiquement, c'est une femme ménopausée, émotive qui consulte pour des douleurs de la langue à type de brûlures, parfois simple gêne, engourdissement, constriction, pincement, démangeaison :

- . sourdes ou très intenses, permanentes avec parfois paroxysmes, présentant des périodes de rémissions;
- . situées au niveau d'un point précis, ou s'étendant à toute la face dorsale de la langue;
- . associées ou non à d'autres signes buccaux, tels une sécheresse de la bouche ou une perversion du goût.

LATTES et FRIEZ font bien comprendre ce qu'est la consultation d'un de ces patients : "Ce sont les douleurs qui revêtent le caractère le plus obsédant. Si leur point de départ est variable, le plus souvent le malade accuse la partie la plus postérieure des bords de la langue, vers le repli glosso-amygdalien."

C'est dans cette région que siègent les papilles foliées et des papilles fongiformes facilement irritées. C'est aussi le siège électif des varicosités.

.../...

Un patient découvre un jour, par hasard, ou à l'occasion d'une irritation minime, cette région qui lui paraît anormale donc pathologique.

Son anxiété vite en éveil, l'amène à la contempler plusieurs fois par jour, à extérioriser sa langue en lui faisant subir des tractions pour mieux l'observer et la palper.

Une congestion mécanique s'ensuit inévitablement, son imagination y découvre les signes d'une ulcération ou d'une tumeur et l'obsession du cancer a tôt fait de s'installer dans son esprit : c'est, en effet, la cancérophobie qui, dans la plupart des cas, amène ces malades à la consultation. La douleur est bien souvent alors au second plan; c'est une prétendue lésion qu'il nous somme de découvrir et pour laquelle il sollicite la biopsie qu'il exige parfois. De tels malades sont bien difficiles à apaiser, à tranquilliser, sceptiques qu'ils restent devant nos conclusions négatives et rassurantes".

Devant ces algies, il convient de faire un bilan précis, méthodique et minutieux qui permettra dans certains cas de pratiquer un traitement étiologique et de ne pas passer à côté d'une lésion maligne débutante.

L'examen comprend donc :

- l'interrogatoire qui fait préciser les caractères de la douleur :
 - . en particulier son début souvent mal défini; quelquefois en rapport avec un élément externe contemporain de la douleur, d'autre fois, la douleur survient quelques semaines ou quelques mois après;
 - . sa prédominance diurne : en général, elle ne réveille pas le malade la nuit;
 - . sa contingence par rapport à des éléments :
 - 1°) propres au malade; émotions intimes; frottement lingual contre les dents ou contre le palais, mastication, ouverture de la bouche;

2°) extérieurs : tels le froid, l'alimentation épicée et les mets relevés (alcool, tabac, poivre, condiments).

La cancérophobie est souvent manifeste; parfois en rapport avec l'existence d'un cancer dans l'entourage.

- Le temps lingual :

Précis, minutieux, à la recherche de lésions locales souvent minimes pouvant expliquer le syndrome.

Pratiqué sous un très bon éclairage, au besoin en s'aidant d'une loupe, après assèchement à la compresse, en dépliant la muqueuse, suivi d'une palpation fine, au doigt et à la sonde mousse, sans oublier la base de la langue avec le miroir laryngé.

Pour obtenir la meilleure vision des papilles foliées et de leur région, si souvent incriminées, il convient de faire rétracter le cou, d'attraper la pointe de la langue avec une compresse, de la tirer en avant et de la défléchir latéralement du côté opposé de la bouche. Les plis verticaux parallèles du bord latéral de la langue apparaissent alors en pleine vue, l'importance de la protraction peut être considérée comme un signe capital de la maladie. Fréquemment se laisse voir la base de la langue, parfois l'épiglotte.

Habituellement, on ne retrouve rien, parfois une discrète irritation d'une papille foliée ou fongiforme.

- Temps buccal :

1°) Examen des arcades dentaires : leur forme générale, les dents : vivantes ou non, aspect des cuspidés, position, absence, obturations, prothèses;

le temps radiologique est capital, que ce soit pour apprécier l'existence de lésions apicales, parodontales ou l'existence de dents incluses.

2°) Leur rapport d'articulé, les mouvements mandibulaires.

3°) L'état des muqueuses.

4°) L'appréciation du fonctionnement des glandes salivaires.

- Temps général :

A la recherche d'une étiologie car les examens locaux sont souvent négatifs.

Complété par les examens de laboratoire de routine (glycémie, numération globulaire, étude de la crase sanguine, fer sérique, sérologie).

- Biopsie :

Celle-ci peut avoir un effet bénéfique dans certains cas; ailleurs, c'est une arme à double tranchant chez certains malades anxieux, cancérophobes : mis en présence du compte rendu histologique qui affirme la bénignité de la lésion, ils croient être devant des résultats mensongers et pensent que leur état est au-dessus de toute mesure thérapeutique. Certains préfèrent ainsi faire remarquer au patient que cette abstention est le plus sûr garant de la véracité de leur diagnostic.

- Formes cliniques selon la localisation :

1°) Formes localisées : la douleur siège en des zones électives : surtout région des papilles foliées.

2°) Formes unilatérales : la douleur occupe la presque totalité d'une hémilangue sans dépasser la ligne médiane.

- 3°) Formes diffuses : la douleur intéresse la totalité de la langue, toutefois, la base de la langue est toujours exclue du processus douloureux.
- 4°) La stomatodynie : outre la langue, le malade se plaint de douleurs atteignant la face interne des joues et des lèvres, le palais.
- 5°) Formes associées à des sensations analogues en d'autre parties du corps (oesophage, vulve, anus).

Au total, au terme de cet examen, il convient de rassurer le malade sur son état, et dans le cas qui nous intéresse ou aucune étiologie n'a été retrouvée, de mettre en oeuvre un traitement propre à soulager le consultant.

-oOo-

ESSAI PATHOGENIQUE

La longue liste d'étiologies susceptibles de provoquer ce syndrome suggère :

- . la possibilité de leur association;
- . la diversité des explications pathogéniques qu'ils mettent en avant les différents auteurs.

DECHAUME en distinguant trois formes cliniques dans sa description définit déjà trois formules pathologiques :

- a) la forme parasthésique dans laquelle la douleur est localisée au territoire du lingual;
- b) la forme rhumatismale dans laquelle la douleur occupe généralement toute la masse musculaire de l'organe sans distinction marquée de tel ou tel muscle isolément;
- c) la forme névralgique dans laquelle la douleur occupe soit un rameau nerveux unique, soit deux rameaux pairs et symétriques.

La glossodynie réflexe est caractérisée par une douleur ou une sensation de brûlure occupant le territoire du lingual.

Pour MAKIENKO (revue de stomato. - Moscou 1957) : L'histologie dans les glossodynies montre l'hypertrophie des follicules lymphoïdes de la langue; cette irritation étant secondaire à des désordres constitutionnels (hormonaux, neurogènes). L'irritation des papilles est sous le contrôle des terminaisons nerveuses. Il propose comme traitement les anesthésiques locaux.

Pour QUEEN : Les glossodynies sont dues dans de nombreux cas à des irritations locales par des tics de pulsion linguale et le bruxisme.

Il cite KUTSCHER et CHILTON qui ont comparé le seuil de la douleur cutanée chez 15 patients atteints de glossodynïe par comparaison avec 15 autres témoins; la moyenne du seuil douloureux fut la même dans les deux lots.

Selon lui, le caractère festonné des bords de la langue traduit la pulsion linguale sur les dents, laquelle serait volontiers retrouvée.

N'importe qui peut déclencher sur lui-même la sensation de brûlure linguale en appuyant le bord de la langue contre les incisives inférieures et maintenant la pression pendant une demi-minute.

Sous la sensation de brûlure, le patient diminuerait la tension linguale, jusqu'à ce que l'intensité ait diminué, puis il recommence à nouveau. C'est une hypersensibilité qui protège véritablement et empêche la survenue de lésions. Il insiste sur les facteurs suivants susceptibles de déclencher ces tics : malposition dentaire, crochets, barres cingulaires.

Pour SHROFF : Il s'agit essentiellement d'irritation mécanique dentaire, il pratique volontiers la biopsie exérèse de l'endroit douloureux : l'histologie révèle le plus souvent la présence d'une inflammation centrée par un follicule lymphoïde hyperhémique et l'existence à ce niveau d'une grande quantité de fibres nerveuses.

Il souligne la possibilité que l'on doit toujours avoir à l'esprit de survenue d'épithélioma à ce niveau.

Pour SKACH et ANDELOVA, la pathogénie réside dans la douleur neuro-physiologique de PAVLOV :

Il existerait d'abord un trouble fonctionnel de l'écorce cérébrale qui déclencherait des troubles du système neurovégétatif. Ces derniers se manifesteraient par différents syndromes névrotiques.

En faveur de cette thèse, ils retiennent :

- . l'aggravation ou l'amélioration par les circonstances extérieures;
- . que le malade est une névrotique, qui présente des troubles de l'écorce cérébrale;
- . les résultats favorables de la psychothérapie.

Il est certain que la personnalité psychique du malade est un élément important du tableau clinique.

Les glossodynies peuvent être dans certains cas de nature primitivement mentale et être considérées parfois comme des algies de conversion.

Pour LATTES et FRIEZ : Les glossodynies entrent dans le cadre des cénestopathies.

Pour BARUCH et RACINE : Ce type de douleur pourrait dans certains cas être le reflet d'anomalies vasculaires régionales qui expliqueraient cette sensibilité régionale particulière de l'épithélium.

Pour BURGER et FLEURY : La langue est un organe d'un mode de relation singulièrement riche; toute affection la concernant s'inscrit sur un plan de clivage psychosomatique.

Pour SCOPP, il existe 3 origines à ce syndrome :

1°- psychosomatique :

survenant fréquemment chez des femmes sexuellement insatisfaites, souvent après le décès du conjoint. Il insiste sur le caractère aimable, affectueux, excessivement poli de ces patients.

En l'absence de trouble généraux il impute l'irritation locale et l'anxiété aboutissant au bruxisme et au tic de pulsion.

Il convient de faire prendre conscience au malade de ces habitudes, de lui inculquer la position de repos de la mandibule. Il propose, reprenant QUEEN, de faire pratiquer une rééducation des muscles sus-hyoïdien (antagonistes des élévateurs de la mandibule).

2°- local;

3°- général :

Il insiste sur les désordres généraux avec trémulation linguale (alcoolisme chronique, sclérose en plaque).

* * *

En dehors des cas où la douleur est liée à une cause évidente (ulcération, cancer, etc...), nous allons essayer de dégager un schéma susceptible d'expliquer le mécanisme de cette affection en regroupant les diverses explications.

Deux composants entrent en jeu :

- . le psychisme du sujet (sur lequel nous reviendrons);
- . l'état local.

En effet, il semble que les deux facteurs soient nécessaires pour créer une glossodynie. Chacun subit des altérations microscopiques de la langue, mais la douleur n'est pas fixée par le sujet. Ces altérations sont dues au fait que la langue est très exposée par son environnement et sa mobilité aux agressions mécaniques et septiques. L'irritation mécanique interférant avec l'agression septique de façon plus ou moins importante trouve un point d'impact particulièrement favorable par la présence d'éléments lymphoïdes nombreux, mais aussi de la multiplicité des éléments nerveux.

La multiplicité des explications pathogéniques que nous venons de passer en revue leur fait paraître se contredire.

Cependant, si l'on considère la glossodynite comme un syndrome relevant d'un grand nombre d'étiologies plus ou moins intriquées, il serait logique de ne pas rechercher une pathogénie strictement univoque.

Dans ces conditions, les théories que nous venons de voir se compléter, s'intriquent en fonction de l'étiologie dominante. Et cet entremellement pathogénique explique la difficulté de faire un classement bien net.

Il est, en effet, bien sûr que chez un patient présentant un tic de pulsion, on peut facilement en rapprocher la forme clinique rhumatismale de DECHAUME par exemple, mais cette pression peut également amener des lésions irritatives de la muqueuse agissant pour leur propre compte sur les éléments lymphoïdes et nerveux. Dans ce même cas, et dans un autre ordre d'idée, la saillie irrégulière d'une dent traumatisante prendra alors toute sa valeur.

T R A I T E M E N T S

Un traitement visant à éliminer si possible, sinon réduire les facteurs locaux, régionaux, généraux est institué, s'ils ont pu être décelés. Parfois, l'évolution de la glossodynïe se fait pour son propre compte, bien qu'une cause locale évidente ait été supprimée; le traitement se trouve alors ramené à celui de la glossodynïe dite essentielle.

Lors de la première consultation, il convient de rassurer ce sujet cancérophobe sur la bénignité de son affection. En attendant de le revoir pour confirmer l'absence d'évolutivité, il est souhaitable de s'abstenir de toute prescription. Habituellement, le malade demande alors un traitement. Il convient de se réserver la possibilité de changements de méthodes thérapeutiques selon leurs efficacités et surtout d'insister sur le bien-être que le malade en ressentira. L'arsenal thérapeutique se composait :

- pour les traitements généraux :

- . essentiellement de Vitamine B 12, soit en injection intramusculaire, soit per os volontiers associée à la Vitamine C et au fer ou bien aux Vitamines B 6 et B 12;
- . nous avons vu les désagréments de la prescription des médications psychotropes que l'on pourrait être tenté d'utiliser. Seul l'équilibre et le N-Oblivon ne seraient pas la cause d'une diminution du flux salivaire pour DECHAUME et LAUDENBACH;
- . les cures thermales ont un effet bénéfique, qu'il s'agisse de NERIS ou de SAINT-CHRISTAU;

- pour les traitements locaux :

de nombreuses thérapeutiques locales ont été proposées :

- . les injections locales de procaine ont un effet de courte durée;

.../...

- l'exérèse chirurgicale de papilles foliées hypertrophiées ne relève que d'indications d'exception. L'examen histologique de la pièce opératoire est systématique.

Mais nous insisterons surtout sur le traitement par des injections locales ou régionales de phosphate de bétaméthasone qui nous semblent avoir donné les moins mauvais résultats.

Ce traitement étant susceptible de faire disparaître le syndrome en le privant de sa base de fixation.

-oOo-

LE PHOSPHATE DE BETAMETHASONE

Nous avons dit que nous nous adressons aux corticoïdes du fait de l'action anti-inflammatoire puissante.

Nous allons rappeler leur mode d'action et pourquoi nous nous dirigeons vers un de ceux-ci en particulier, et pourquoi nous utilisons la voie locale.

1°- Propriétés pharmacologiques et analyse chimique des divers corticoïdes.

A l'heure actuelle, on utilise de plus en plus des dérivés de synthèse obtenus dans le but de diminuer, sinon supprimer, les effets secondaires de ces médicaments.

I - Propriétés générales

A.- Activité anti-inflammatoire

de mécanisme complexe :

- . par diminution de l'oedème,
- de la perméabilité vasculaire,
- en augmentant le tonus musculaire et provoquant ainsi une vaso-constriction;
- . par diminution de la fibroblastoformation;
- . par modification de la polymérisation de la substance fondamentale du tissu conjonctif.

.../...

E.- Activité anti-allergique

diminution de la perméabilité vasculaire et de la production d'histamine.

II.- Propriétés secondaires :

- . sur le système nerveux : action euphorisante, souvent la bienvenue dans le cadre qui nous préoccupe; mais également agitation et insomnie;
- . par ailleurs, action néfaste sur le tractus digestif, allant jusqu'au risque de perforation et d'hémorragie gastroduodénale;.
- . effet de rétention hydro-sodée et de déperdition potassique;
- . effet diabétogène;
- . l'effet tératogène semble nul et ne paraît guère préoccupant eu égard aux sujets auxquels on s'adresse.

Du point de vue chimique, les recherches ont abouti à la synthèse de composés de plus en plus puissants quant à leur action anti-inflammatoire et l'on arrive ainsi à la dexaméthasone et à la bétaméthasone dont la différence réside en la position d'un site méthyl.

La bétaméthasone ayant une aussi puissante activité anti-inflammatoire que la dexaméthasone avec des actions secondaires moindres, nous semble ainsi préférable.

En utilisation locale, la bétaméthasone se révèle de par sa solubilité :

- . rapidement efficace;
- . de parfaite tolérance du fait de l'absence de formation de cristaux aux points d'injection.

L'intérêt de la voie locale réside dans ce que le maximum d'action anti-inflammatoire se produit au voisinage du lieu d'injection. Toutefois, il se produit une diffusion de ce produit dans le système général nécessitant les précautions d'usage vis-à-vis des accidents causés par les effets secondaires du médicament.

2°- Intérêt pratique :

Traitant une affection localisée au moyen d'une médication non dénuée de dangers, si on l'administre par voie générale et cette affection n'en justifiant pas les risques, nous nous orientons vers la voie locale qui permet le maximum d'action au niveau de la région à traiter.

3°- Technique d'injection, présentation :

Il s'agit d'ampoules de 1 millilitre, contenant une solution préparée d'avance, et composée de :

Phosphate dissodique de bétaméthasone	
correspondant à bétaméthasone	0,004 g
Phénol	0,005 g
Ethylène diamine tétracétate de NA	0,0001 g
Chlorure de NA	0,0056 g
Métabisulfite de NA	0,001 g
Lessive de soude qsp	ph 8-8,5
Eau distillée qsp	1 ml

On injecte :

- . au moyen d'une seringue en verre montée d'une aiguille hypodermique;
- . en observant les règles d'aseptie stricte :
 - désinfection des mains à l'alcool iodé;
 - désinfection de la langue;

.../...

- . en plein muscle au niveau de la zone désignée par le malade dans la forme localisée;
- . ou en injection tronculaire classique du nerf lingual, si la douleur est diffuse, mais n'atteint qu'une hémi-langue ou des deux côtés si la douleur est diffuse.

Le rythme des injections est fonction du résultat obtenu, en général une tous les 6 ou 8 jours, en séries de 6. Il y a intérêt à espacer les injections.

L'efficacité est appréciée sur :

- . l'évolution des signes subjectifs : disparition, diminution, absence de modification, la rapidité et la durée d'action;
- . l'évolution des signes objectifs s'ils existent.

On s'enquiert de la tolérance du produit.

-oOo-

OBSERVATION N° 1

Madame P. Héloïse, âgée de 61 ans, consulte début juillet 1964 pour l'apparition récente d'un nodule du volume d'une noisette, juste en arrière du V lingual, légèrement douloureux et accompagné d'une adénopathie sous-maxillaire peu caractéristique. Spontanément douleur, tuméfaction et adénopathie disparaissent en une quinzaine de jours sans traitement.

L'interrogatoire, l'examen stomatologique et général ne révèlent rien.

- Le 1er octobre, madame P. revient nous voir parce que sont apparues des douleurs maxillaires et cervicales droites : l'examen est négatif.

On maintient une abstention thérapeutique.

- Le 19 octobre, on note l'existence d'une zone d'induration douloureuse au niveau des papilles foliées droites, l'induration conduit à pratiquer la biopsie le 28 octobre.

L'histologiste nous répond : "Lésion inflammatoire d'origine canaliculaire correspondant à ce qu'on observe au cours des inflammations chroniques à type de lithiase. Peut-être existe-t-il une micro-lithiase?"

- Le 17 juillet 1965, soit huit mois plus tard, devant la persistance de douleurs au niveau de la cicatrice, à type de brûlure, on pratique quatre infiltrations de cette zone à une semaine d'intervalle, qui améliorent considérablement la patiente.

.../...

- Fin novembre 1966, soit un an après la précédente consultation, Madame P. revient pour la réapparition progressive des douleurs, trois infiltrations à une semaine d'intervalle amènent une sédation totale des signes. Cette sédation se prolonge pendant trois semaines, puis se produit une récurrence des algies. On se décide à pratiquer deux nouvelles injections, toujours au même endroit.

Cette fois, elles procurent une guérison totale.

En mai 1967, la patiente vient spontanément (soit un an plus tard) montrer sa langue dont elle ne souffre plus.

-oOo-

OBSERVATION N° 2

Madame C. Germaine, âgée de 62 ans, consulte le 7 juin 1966 pour alvéolite séquestrante consécutive à l'extraction de la première molaire inférieure gauche; le traitement consiste en application dans l'alvéole d'un mélange eugénol scuroforme et la prescription de glafenine par voie générale.

Les applications sont renouvelées tous les jours jusqu'au 25 juin.

- Le 19 juillet, on revoie la patiente qui va mieux.

- Le 27 octobre, elle revient consulter pour douleur linguale marginale gauche, continue, à type de brûlure sourde sans cause déclenchante.

L'examen clinique ne montre rien. On vérifie radiologiquement l'état de l'os au niveau de l'extraction précédente, lequel est normal.

On pratique une infiltration de bétaméthasone dans la région douloureuse.

- Le 5 novembre, on est en possession des éléments permettant un bilan :

- . cette patiente cancérophobe, modérément arthritique a des antécédents médicaux (ictère catarrhal à l'âge de 20 ans et sinusite guérie);
- . chirurgicaux (hystérectomie totale 14 ans auparavant; appendicectomie, et également ancien traumatisme facial ayant entraîné une fracture du maxillaire supérieur avec perte des deux incisives centrales supérieures).

.../...

A l'heure actuelle, elle se plaint :

- . de ces algies linguales;
- . de douleurs scapulaires gauches, sourdes, lancinantes, irradiant vers le cou, le bras gauche, provoquées par les efforts et le temps humide;

L'électrocardiogramme est normal. L'abduction du bras gauche étant douloureuse, on évoque une périarthrite scapulo-humérale.

L'examen stomatologique : patiente édentée presque complète du haut, puisqu'il ne resté que la deuxième molaire supérieure gauche; elle est porteuse d'une prothèse satisfaisante. En bas, manque le groupe molaire gauche. Au total, cet examen découvre une bouche absolument normale.

Bien que la précédente infiltration n'ait pas souligné Madame C., on décide de procéder à une série d'injection tronculaire de bétaméthasone, en tronculaire gauche, à raison d'une par semaine.

On pratique ainsi cinq injections au total; dès la seconde, la patiente est améliorée; au terme du traitement les douleurs ont disparues.

- Fin janvier 1967, nouvelle consultation pour réapparition des brûlures depuis dix jours, Madame C. l'attribue à un surmenage momentané; quatre injections en viennent à bout.

- Madame C. ayant changé de domicile demande dans le service stomatologique voisin que l'on procède à une nouvelle série d'infiltrations en juin 1967 à l'occasion d'une reprise du processus douloureux. La série de cinq injections amènent la sédation complète.

- Le 17 août 1968, il nous a été donné de revoir Madame C. qui n'a plus fait d'épisode douloureux depuis juillet 1967, soit plus d'un an et semble guérie.

OBSERVATION N° 3

Madame T. Suzanne, âgée de 62 ans, consulte en décembre 1967 pour l'existence depuis six mois d'une sensation de gêne au niveau du bord postérieur droit de la langue, survenant lors de l'inaction et en particulier au coucher, dans l'attente du sommeil.

Cancérophobe modérée, elle subie une hospitalisation en psychiatrie en 1955 à la suite d'un conflit avec son fils.

L'examen met en évidence une discrète hypertrophie et inflammation des papilles foliées droites.

Le reste de l'examen ne montre rien d'anormal.

Traitement :

Une infiltration de bétaméthasone est pratiquée dans la région enflammée. Pendant trois mois, la patiente "oublie" sa langue, puis se produit une récurrence des signes subjectifs; du fait des antécédents de Madame T, on l'adresse au neuropsychiatre.

OBSERVATION N° 4

Madame M. Geneviève, âgée de 65 ans, consulte en décembre 1967 pour un engourdissement total de la langue avec picotement, décharge électrique, sensation d'enflure, accompagnant une langue noire pileuse.

Le début des signes remonte à 4 ans, tous les traitements ont échoués (nicobion, Lyso 6, nystacyne, borostyrol), le bicarbonate aurait, en bains de bouche, apporté une discrète amélioration.

Madame M. n'a pas de problèmes psychiques particuliers; si elle regarde parfois sa langue, elle n'est pas cancérophobe.

A l'examen :

- . édentée totale du haut, appareillée;
- . édentée totale du bas ne supportant pas sa prothèse;
- . la langue est de grand volume; les papilles caliciformes et foliées sont de taille impressionnante.

Le reste de l'examen endobuccal, exobuccal et général n'apporte rien; l'engourdissement lingual est purement subjectif.

Traitement :

On pratique une injection tronculaire de bétaméthasone de chaque côté. Il se produit une amélioration rapide des signes subjectifs : en 24 heures, la langue lui semble plus souple, les picotements ont disparus, il persiste une gêne au niveau de la base.

Au total, seront faites quatre infiltrations à quinze jours d'intervalle; au terme de quoi la guérison est obtenue. En effet, les douleurs n'existent plus, et si à intervalle éloigné Madame M. ressent une légère gêne, elle n'y attache plus d'attention; enfin, elle supporte de façon parfaite sa prothèse du bas.

OBSERVATION N° 5

Madame C. Louise, âgée de 67 ans, est adressée dans le service par son médecin traitant pour glossodynie.

Le début remonte à deux ans. Il s'est fait par l'apparition progressive de "brûlures" de la langue; le matin au réveil, la malade a l'impression que sa langue est "en feu". Cette sensation diminue après l'absorption de café et d'aliments frais (orange). Sous l'influence de Vitamine C prescrite à cette époque pour un aphte, les douleurs ont disparu. Au bout d'un laps de temps impossible à faire préciser, les crises ont repris. La moindre contrariété provoque une recrudescence des signes. Lorsqu'elle est occupée, elle ne s'en soucit pas. Par contre, elle y pense constamment en cas d'inaction.

Antécédents :

- . amputée de la jambe droite il y a 40 ans, à la suite d'un accident de tramway; a subi un avortement thérapeutique pour vomissements incoercibles il y a 30 ans; présente une hernie hiatale et une atonie vésiculaire;
- . a présenté trois épisodes dépressifs :
 - en 1938, traitée par bromurés;
 - en 1954, nécessitant une cure de sommeil;
 - en 1956, traitement par électrochocs.

Enfin, pour dormir, chaque soir depuis quinze ans, Madame C. prend un comprimé de barbiturique divers, ce qui, joint à trois comprimés de tranquillisants divers, peut expliquer la sécheresse buccale dont elle se plaint; enfin, se fait volontiers des bains de bouche avec les diverses préparations du commerce;

A l'examen :

- . la muqueuse linguale a un aspect particulièrement saburral, ce qui pousse à faire un frottis à la recherche de levure;

.../...

- . les autres muqueuses sont normales. Aucune étiologie dentaire régionale ou générale n'est retrouvée;
- . les frottis mettent en évidence des "candida albicans" en grand nombre. On prescrit : Nystatine en comprimés gynécologiques.

Deux mois plus tard, soit en avril, un nouveau frottis montre l'absence de levure. Les signes subjectifs persistent : douleurs siégeant au niveau de la face dorsale prédominant au réveil. Les papilles sont peut-être légèrement hypertrophiées avec légère coloration gris jaunâtre.

On pratique une injection tronculaire de bétaméthasone de chaque côté. Madame C. part à DIVONNE faire une cure. A son retour mi-juin, elle est légèrement améliorée. On pratique à dix jours d'intervalle quatre injections tronculaires bilatérales.

Dès la seconde injection, les douleurs ne subsistent que le matin au réveil; la troisième procure une sédation totale de huit jours; la dernière procure une rémission complète de huit mois.

- Madame C. revient consulter pour une récurrence en mars 1969.

La première injection bilatérale amène une régression que rendent complète deux nouvelles infiltrations.

Depuis Madame C. n'a plus souffert.

-oOo-

.../...

OBSERVATION N° 6

Madame M. Jacqueline, âgée de 36 ans, consulte en mars 1968 pour des brûlures siégeant au niveau de la pointe de la langue et de la région des papilles foliées.

Les antécédents ne montrent rien de notable, sinon l'existence d'une hernie diaphragmatique. Les fonctions génito-ovariennes sont normales.

L'apparition des douleurs s'est produite il y a trois semaines.

L'examen stomatologique montre une langue scrotale, le reste de l'examen tant buccal que général n'apporte rien.

La patiente signale que les douleurs ont tendance à diminuer au niveau de la région des papilles foliées.

Effectivement, en l'absence de tout traitement les douleurs disparaissent complètement à cet endroit.

Devant leur persistance dans la région antérieure, on infiltre cette localisation trois fois à une semaine d'intervalle.

Après une phase d'exacerbation, une amélioration très importante est obtenue si bien que Madame M. ne réclame plus d'injection.

-oOo-

.../...

OBSERVATION N° 7

Madame B, âgée de 41 ans, consulte en août 1968 pour une sensation de gêne, de brûlures situées à la pointe de la langue. Ces signes sont accrus par les boissons alcoolisées et les aliments acides. Le début des troubles remonte à un an environ. Les divers examens ne montrent rien.

Par contre, l'interrogatoire dévoile une cancérophobie inavouée; le père de la patiente présente un lymphosarcome diagnostiqué huit jours auparavant, ce qui semble-t-il a conduit la malade à venir consulter.

On propose des infiltrations qui sont refusées après qu'elle ait été rassurée sur son état : "Les douleurs ne sont pas suffisantes pour subir des piqûres...".

L'état anxieux de Madame B. ressort du fait qu'elle est revenue à la consultation deux jours plus tard, inquiétée par la découverte de granulations de FORDYCE.

-oOo-

.../...

OBSERVATION N° 8

Madame E. Adélaïde, âgée de 54 ans, consulte en août 1968 pour glossodynie de l'hémi-pointe gauche de la langue,

Madame E. a présenté des épisodes de douleurs occipitales pariétales et récemment rénales et vésicales avec rétention d'urine, qui auraient cédé à l'ingestion d'infusion de queues de cerises !

Conjointement à la glossodynie : cryesthésie des extrémités.

L'examen ne montre rien en dehors d'une dent de sagesse inférieure gauche enclavée.

L'extraction de cette dent n'ayant apporté aucune modification de l'état de Madame E. On pratique une injection tronculaire du lingual gauche; une amélioration transitoire est obtenue, mais il se produit en plus un déplacement des douleurs vers la région mentonnière; on essaye d'infiltrer les deux mentonniers, ce qui ne procure aucune amélioration.

Après un mois de traitement et devant le contexte général, nous constatons notre échec et orientons la malade vers le neuro-psychiatre.

-oOo-

	1	2	3	4	5	6	7	8
Age	61	62	62	65	67	36	42	54
Atteinte psychique	o	o	+	o	+	o	o	+
Cancérophobie	o	+	++	o	o	o	+	o
Signes d'accompagnement	Induration des papil- les foliées		Hypertrophie des papilles foliées	Langue noire pileuse	Candida albicans			
Nombre de séries	3	3			2		0	
Nombre d'injections tronculaires		15		4	7	4		2
Nombre d'injections locales	9		2					
Améliorations	++++	++++	++	++++	++++	++++		++
Récidives	2	2	1		1			
Guérisons	+	+		+	+	+		
Echecs			+				+	+

DISCUSSION

Nous présentons une série de huit cas.

Il s'agit de femmes atteintes de glossodynies.

Leur âge varie de 36 à 67 ans,

5 ont entre 61 et 67 ans.

- . 5 (63 %) ont bénéficié de traitement en injections tronculaires;
- . 2 sous forme locale;
- . 1 a refusé "les piqûres".

- . 5 patientes peuvent être considérées comme guéries.

Parmi celles-ci, une a des antécédents psychiatriques notables.

- . Parmi les 3 autres (27 %) :

- 1 a refusé les injections;

- Pour les 2 autres (25 %) :

- . l'une présente des antécédents psychiatriques;
- . l'autre a été dirigée vers le neuro-psychiatre du fait de son état mental.

Dans ces deux cas, une amélioration transitoire a été ressentie :

- . pour l'une, guérison puis récurrence;
- . pour l'autre, déplacement des douleurs.

Il est intéressant de noter :

- . le pourcentage de guérisons, parfois obtenu après deux récurrences et reprise du traitement;

- . l'existence d'une guérison chez une malade à antécédents psychiatriques;
- . L'amélioration de l'état de deux des "échecs" sur trois;
- . la possibilité de refus de traitement du fait de la nécessité "d'injection".

-oOo-

.../...

Il nous est paru intéressant :

- d'une part, de situer les glossodynies dans le domaine psychiatrique accessible à tout médecin non spécialiste;

Il nous a été donné de constater, en effet, que les patients atteints de glossodynies avaient une personnalité psychique particulière.

- d'autre part, d'essayer de les rapprocher des paresthésies pharyngées.

*

*

*

I.- PLACE DES GLOSSODYNIES DANS LE DOMAINE PSYCHIATRIQUE

Les psychiatres rangent les glossodynies dans "l'hystérie de conversion, dépendant du groupe des névroses".

- Les névroses :

Nous empruntons leur définition à P. JANET :

"Maladies dont on parle sans les comprendre, sous forme de phénomènes bizarres, définies comme des maladies sans lésion".

Notons tout de suite l'absence d'organicité. Le caractère négatif de cette définition devient positif lorsque l'on parle d'affection

.../...

nerveuse psychogène. Les notions de milieu, les réactions au milieu, des traumatismes psychiques, de refoulement et d'inconscient sont les éléments indispensables à leur compréhension.

- L'hystérique :

- . Possède soit une constitution, soit un caractère, soit une structure dont la description clinique peut être donnée, à partir de quoi suivant les circonstances, il réagira toujours de manière exagérée ou théatrale :
 - soit dans son comportement;
 - soit dans son corps.
- . Cette réaction infiniment plastique se modèlera, soit selon l'exigence du milieu, soit selon l'appel irritatif ou organique sur le corps et sera capable de copier des états neurologiques, mentaux ou de la pathologie générale répondant à un certain nombre de groupes constants :
 - a) les attaques;
 - b) les troubles à aspects neurologiques;
 - c) les troubles somatiques (qui nous intéressent), où les algies trouvent leur place aux côtés des :
 - spasmes;
 - tremblements;
 - troubles oculaires
 - troubles trophiques;
 - hémorragies;
 - grossesses nerveuses;
 - d) troubles physiopathiques;
 - e) troubles mentaux.

- L'évaluation clinique du fond mental se fait à travers :

- . Les réactions psycho-motrices et affectives élémentaires. Déséquilibre psycho-moteur et émotionnel, tics, bégaiements, zéaïement; Troubles vaso-moteurs; Sujets fragiles, impressionnables (syncopes); Hyper-émotivité extrême.
- . Organisation morale des tendances instinctives avec grossissement du vice ou de la tare.
- . Mythomanie; mythoplastie.
- . Conduite souvent incohérente.
L'hystérique est une personnalité inconsistante, incapable d'exprimer son histoire de façon cohérente.

- L'attitude sexuelle de refus :

avec refus de toute sexualité active qui se trouve confirmée devant le nombre de perturbations retrouvées chez l'hystérique :

- . frigidité;
- . vie sexuelle dérégulée;
- . éjaculations précoces;
- . masturbation tardive.

- Causes occasionnelles permettant de distinguer des formes d'hystérie par occasion :

- émotion, gros chocs affectifs;
- traumatismes;
- affections nerveuses;
- affections somatiques générales.

Ces causes déclenchantes sont parfois capables de provoquer une crise hystérique sans lendemain.

Pour aider la compréhension, disons que l'hystérique ne fabrique que du faux, et, "s'il crée son rôle comme un auteur, il le joue comme un acteur".

Le syndrome hystérique est donc l'équivalent inconscient de la simulation, l'hystérie étant uniquement imaginative. De même que le mythomane fabule sa parole, l'hystérique fabule avec son corps.

Les deux conceptions modernes de l'hystérie pour FREUD : "Déviation dans le physique, d'éléments affectifs psychiques non liquidables par la voie normale"; pour EVY : "Fixation régressive de l'activité psychique".

BURGER et FLEURY ont récemment repris l'examen neuro-psychiatrique d'un certain nombre de cas. Leur étude leur a permis de classer leurs malades en trois groupes :

- 1°) dans 57 % des cas, il s'agit de femmes ménopausées principalement qui présentent des réactions dépressives au cours desquelles la langue est le siège d'un syndrome douloureux exprimant un conflit avec le monde extérieur. Ces constatations ont permis de remarquer que la cavité buccale et la langue en particulier, investies comme organe de communication avec le monde extérieur, deviennent le siège d'un conflit qui s'exprime sous forme de douleurs à type de brûlure plus ou moins continue, quelquefois d'allure paroxystique. Il est par ailleurs significatif de noter qu'en l'absence de relation avec le monde environnant, la brûlure diminue et qu'avec le sommeil le syndrome douloureux disparaît. Inversement, le réveil, avec sa reprise de conscience, ranime les conflits de la veille et le syndrome douloureux

réapparaît. "Un traitement psychosomatique semble efficace dans la plupart des cas".

- 2°) dans 23 % des cas, il s'agit de sujets névrotiques immergés dans des problèmes conflictuels. Ils ont choisi la langue comme lieu de conversion somatique. Le traitement est difficile.
- 3°) dans 20 % des cas, l'état psychiatrique domine le tableau clinique. La glossodynies est presque secondaire chez un malade atteint de délire hypocondriaque, de mélancolie anxieuse, de schizophrénie.

DISCUSSION

Nous retrouvons-là, en effet, divers éléments permettant de constituer un portrait-robot du patient atteint de glossodynies.

- Femme en période d'activité génitale éteinte :

A ce propos, nous pouvons citer le transfert de l'activité sexuelle vers les sucreries par exemple. Ce qui nous rapproche de la langue, organe gustatif.

La langue est également l'organe de relation avec autrui par la parole ou même d'emblée dès la naissance; c'est par son intermédiaire que le nouveau né prend contact avec l'extérieur, le sein, et en tire ses premières satisfactions.

Le rôle sexuel de la langue n'est pas à démontrer et il existe vraisemblablement une part d'exhibitionnisme à la tirer constamment pour la regarder ou la montrer.

- Remarquons qu'à l'état normal, nous n'avons pas conscience de notre langue, ni de notre cavité buccale, et ce sera seulement à l'occasion d'une anesthésie que l'on prendra conscience de leur volume.
- Nous avons vu l'hyperémotivité de ces patients, la façon spéciale dont ils racontent leur histoire.
- La survenue de glossodynies au décours de causes déclenchantes, telles que celles que nous avons décrites plus haut est courante, et dans cette optique, notons ce qui a été dit : "Causes déclenchantes parfois capables de provoquer une manifestation hystérique sans lendemain", qui serait un argument supplémentaire en faveur du traitement que nous préconisons.

*

*

*

II.- TENTATIVE D'ETUDE COMPAREE DES GLOSSODYNIES ET DES PARESTHESIES PHARYNGEES

Les paresthésies pharyngées sont, par définition, des sensations anormales ressenties au niveau du pharynx, sans cause organique décelable à l'examen clinique,

Habituellement, il s'agit d'un patient qui se plaint d'une sensation de "boule dans la gorge".

Cette sensation :

- est intermittente;
- ne gêne pas le sommeil;
- disparaît pendant les repas :

Ce dernier point est caractéristique, car il s'oppose à ce que l'on observe en cas de lésion organique où la déglutition est plus ou moins douloureuse.

- est tenace. Le début, pouvant remonter à quelques mois, s'est volontiers fait à l'occasion d'une baisse de l'état général; ailleurs, on retrouve une notion de "cancer de la gorge" dans l'entourage. L'évolution a pu être entrecoupée de phase de rémission.

L'interrogatoire nous montre que l'on est en présence d'un patient souvent anxieux, cancérophobe.

L'examen clinique le plus minutieux est négatif. Il convient, en effet, de pouvoir rejeter toute lésion organique débutante.

L'importance du terrain psychique apparaît ici encore; si certains patients sont pleinement rassurés par le caractère négatif de l'examen clinique, d'autres ne seront véritablement tranquilisés que si l'on admet trouver "un petit quelque chose" (par exemple, un peu de "catarrhe").

La persistance de la gêne peut se faire pendant des mois, plus ou moins influencée par les thérapeutiques relaxantes.

Certains sujets admettent fort bien, rassurés par l'examen clinique, d'attendre la régression spontanée des troubles, sans traitement particulier.

En dehors de cette forme habituelle de "boule dans la gorge", il peut s'agir :

- d'une gêne unilatérale à la déglutition de la salive;
- d'une sensation de stase de sécrétions collantes, dont le patient cherche à se débarrasser par un tic de raclage;
- d'une sensation de fausse présence;
- de picotements, voire de brûlures;

.../...

Ces formes sont moins évocatrices de paresthésies pharyngées que la forme habituelle qui oriente d'emblée le diagnostic, mais sont toujours évocateurs : le soulagement apporté par les repas et l'absence de répercussion sur le sommeil. Insistons encore sur le fait que le diagnostic ne sera porté qu'après avoir formellement éliminé toute lésion organique, grâce à un examen minutieux.

*

*

*

De là, nous pouvons tirer quelques points de ressemblance entre les glossodynies et les paresthésies pharyngées, syndromes purement subjectifs.

Le terrain psychique particulier (anxieux, petits inquiets), que l'on perçoit d'emblée, avec une bonne note de cancérophobie.

Dans l'un et l'autre cas, le sommeil n'est pas entravé, l'alimentation n'est pas perturbée, au contraire, elle apporte un certain confort.

*

*

*

Toutefois, apparaissent certaines dissemblances. Les hommes semblent aussi atteints que les femmes de paresthésies pharyngées. La gêne qu'elles procurent est ressentie comme telle au cours des paresthésies pharyngées, tandis que son intensité la place vraiment au niveau d'une douleur au cours des glossodynies. Ce fait expliquant l'attitude différente du patient au cours de l'évolution, les uns, dans bon nombre de cas, rassurés par l'examen attendent la régression spontanée sans traitement particulier, les autres exigent une thérapeutique.

C O N C L U S I O N S

A la base des glossodynies, syndrome purement fonctionnel, il est possible d'incriminer dans certains cas l'irritation infraclinique de la langue (comme le laisse prévoir la physiologie et l'anatomie de cet organe) survenant dans un contexte psychologique particulier.

Cette irriation infra-clinique trouve sa pleine expression à l'occasion de multiples étiologies :

- locales (tics de pulsion, bruxisme ou traumatisme par la forme des arcades, des dents constitutionnelle ou acquise);
- générales par rupture de l'équilibre physiologique à l'occasion d'une maladie générale.

Mais, bien souvent, les recherches les plus minutieuses ne permettent pas d'aboutir à retrouver ces lésions.

Le terrain psychologique sur lequel elle survient, s'étend depuis l'altération mineure ou transitoire de l'état psychique jusqu'à l'hystérie majeure.

Nous avons voulu voir s'il existait des rapports éventuels avec les paresthésies pharyngées; si le contexte psychologique est identique, le terrain, le caractère des douleurs et l'évolution sont différents.

.../...

Nous nous sommes adressés au phosphate de bétaméthasone. Agit-il grâce à son activité anti-inflammatoire majeure ? A-t-il une action antalgique s'exerçant selon un mécanisme inconnu ? (La richesse de l'innervation des zones présentant une glossodynies a été signalée).

Nous utilisons la voie locale ou régionale, permettant d'agir avec le maximum de concentration à l'endroit intéressé.

Auparavant, nous avons essayé de lutter contre les facteurs étiologiques locaux ou généraux.

Nous avons traité huit patients, cinq avec succès; nous avons enregistré un échec dû au refus de la thérapeutique, deux échecs malgré celle-ci du fait de la participation psychique dominante.

Le phosphate de bétaméthasone semble constituer un excellent mode de traitement des glossodynies.

Nos échecs, redevables de la psychothérapie, ont permis la réduction du nombre de cas nécessitant le recours à cette thérapeutique souvent difficile à mettre en oeuvre.

Nous pensons donc que la thérapeutique que nous proposons est intéressante, étant une méthode simple, peu dangereuse, peu coûteuse, facile à mettre en oeuvre, utilisable sur une grande échelle, ce qui ne saurait être le cas, nous semble-t-il, à l'heure actuelle, de la psychothérapie.

Vu le Président de Thèse

Pr. CERNEA

Vu le Doyen Honoraire de la
Faculté

Pr. BROUET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Robert MALLET

B I B L I O G R A P H I E

- ALAJOUANINE et THUREL
Algies cranio-faciales
Sem. hop. Paris n° 69-9; 18, 1949
- AZUA
Canceres imaginarios de la lengua
Actos Dermo. Sifilograficas 1910
- BACHRACH W.H.
Glossodynie
Dental Abstract - Janvier 1965, 8, n° 1, 48
- BARA J. et ROIG J.
Algies de conversion
Actualités O.S. 1953, p. 401-407
- BATAILLE, DESCROZAILLES et MUGNIER
La douleur en stomatologie
Rapport du 14ème Congrès Stomato. Paris 1955 - Masson et Cie, Edit. 1955,
p. 119-340
- BOREL
Troubles psychiatriques de la ménopause
Rev. prat. Tome III, 11 octobre 1953.
- BURGER et FLEURY
Glossodynie, syndrome pschosomatique
Revue de stomatologie, 1966-67, 1-2, 11-14
- CAPOZOZZI
Glossalgia Ann. Stomato. (Roma)
16 pp, 357-362, May 1967
- CASTEX
Etudes sur la glossodynie
Thèse Bordeaux n° 83, 21-22
- CHAUVEAU
Glossodynie latérale papillaire de la région foliée
Journal des praticiens 1899

II

- CHICO H.G.

Des glossodynies et du syndrome de la langue brûlante
Thèse Paris 37 n° 121

- CHIRU, MOCANU, TEODORESCU et CIUBOTARU

Les manifestations cliniques du galvanisme buccal
Revue de stomato. 1969-70, 7, p. 501-509

- COLES

Glossodynia a psychosomatic problem
Trans St John Hosp. - Derm. soc. 52, p. 52-83, 1966

- DECHAMERE

Névralgie linguale dans dictionnaire encyclopédique 2ème série
T. I, p. 377, 1808

- DECHAUME

Algies faciales et autres manifestations consécutives à un déséquilibre
de l'articulé dentaire
Presse médicale 21 mars 1951, n° 18-19

- DECHAUME et LAUDENBACH

Les complications salivaires muqueuses et dentaires des traitements
neuro-psychotropes
La presse médicale 1967, 75, 46, 2321-2323

- DECHAUME, LAUDENBACH, DOZIN, PAYEN et BONNEAU

Xérostomies et syndrome de GOUGEROT-HOWERS-SJUGREN
18ème Congrès Français de stomato. Octobre 1963, Masson Edit.

- DELABY

Essai de classification des glossodynies
Thèse Paris 1955

- DIETRICH

Glossodynie, dépression monosymptomatique
Nervenertz 20août 1955, 26 n° 8, p. 339-340

- DUMAS-DROUIN

Traitement des divers syndromes douloureux buccaux par Vit. B 6
Ann. odont. stomato. Juillet-août 1961, n° 4 p. 187-189

- EBRARD Guy

La glossodynie et son traitement par la cure de ST CHRISTAU
Gazette des hôpitaux 1958, 22-23-24, p. 865

III

- EBARD Guy

Le traitement de la glossodynie par la cure de ST CHRISTAU
La presse médicale et climatique - Avril-juin 1958 n° 4, p. 184-187

- ENGMAN

Burning tongue archives of dermatology and siphilology
Février 1920

- FRIEZ et LATTES

Les glossodynies
Entretien de Bichat 1953, 233-296

- GAILLARD A.

Myalgies de la sphère bucco-pharyngo-faciale
Revue de stomatologie 1962-63, 3, 160-169

- GAILLARD A.

Les douleurs obsédantes de la gorge
Concours médical 21 mars 1964

- GREENBAUM S.

Glossodynies avec démangeaisons subintrantes de la langue
Arch. of. derm. - Avril 1939, 39

- GURSCHMANN H.

Glossodynies
Munich méd. Wosch 1942

- HALLIDAY

Traité des névralgies
1841 p. 47

- HERRMANN D.

Une contribution au symptôme "langue brûlante"
Zahnartzl Rundschau 5 septembre 1959, n° 17, p. 434-439

- JEDRESKA

A propos de la stomatodynie
Revue de stomatologie 1965-66, 6, p. 289-298

- KETELSLEGERS

Glossodynie. Syndrome de GOUCEROT-SJÖGREN et syndrome de PLUMMER-VINSON
Arch. stomato. Avril 1950, 5, n° 2, p. 95-103

- LAROCHE J.F.

Glossodynie
Gazette des hôpitaux n° 18, 30 juin 1965, p. 939-941

- LATTES et FRIEZ
 Les glossodynies
 Les entretiens de Bichat 1953

- LAUDENBACH et RECOING
 Le galvanisme buccal est-il pathogène ?
 Revue de stomatologie 1969-70, 7, p. 481-499

- MAGITOT E.
 Contribution à l'histoire de la glossodynie, à propos de deux nouvelles observations
 Compte rendu de la société de stomatologie du 16 septembre 1888

- MAKIENKO
 Treatment of glossalgia
 Stomat. Moscow 36 : 3, 25 mai - juin 1957
 Dent. abstracts Juin 1958, 3, n° 6, 378

- MATHIEU N.
 Les glossodynies cryptogénétiques ou essentielles dans la pathogénie de la douleur linguale
 Thèse Paris 1969

- MOUGNAUD J.C.
 La glossodynie et son traitement
 Thèse Paris 1957, 51 pages

- MOUTIER
 Polymétallisme dentaire et dysesthésie linguale
 Archiv. mal. app. dig. - Juillet-août 1944 n° 78-133, 33

- MADURO
 Les intolérances de la muqueuse bucco-pharyngée
 Progrès méd. 10 mai 1954, 5

- NEFFE
 Wiener med. Zeitung 1845

- PITRES
 Canceres imaginarios de la lingua
 Actos dermo. Sifilograficas 1910

- QUEEN James H.
 Glossodynia
 Journal américain association - Juin 1965, 70 n° 6, 1418-1421

- ROBERT
 Les cénestopathies pharyngées
 Thèse Toulouse 31

- ROLL

La glossodynie (signification et traitement)
Méd. et hyg. 11 octobre 1967, 25, n° 796, 1079

- ROSER

Arch. f. phys. Heilk 835

- SCHROFF

Painful (burning tongue of the foliate papilla) - (lymphoïds follicles)
J. of maxillary surgery anesth. - Mai 1960, 18 n° 3 p. 207-217

- SCOPP Irwin Walter

A clinical approach with basic science correlation
Saint Louis - The C.V. Mosby Company

- SKACH M., ANDELOVA E., CHVOZKOVA J. et FLUSSER H.

Glossodynie. Contribution à la question des brûlures de la cavité buccale
Revue stomato. Février-mars 1954, 55 n° 2-3

- SLUDER

Quelques observations cliniques sur les amygdales linguales en rapport
avec le goitre, la glossodynie et les infections de la face
Ann. J. méd. soc. - Août 1928, 159, 248-252

- SUDAKA R. et LANG J.

A propos d'un cas de glossodynie
Revue odontologique - Septembre-octobre 1950, n° 9-10, 72

- VERNEUIL

Bulletin de l'Académie de Médecine "Sur les ulcérations imaginaires de
la langue"
27 septembre 1887

- WALDMAN et FELNERAL

La sensation de brûlure de la langue (glossodynie)
Analyse de cas indépendant de la déficience en Vit. B
Int. méd. digest. Septembre 1948 n° 3, 53

- ZISKIN et MOULTON

La glossodynie
Journal Américain dental association - Novembre 1946, 33 n° 21, p. 1422
1423

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	1
HISTORIQUE	2
ANATOMIE -- PHYSIOLOGIE	8
ETIOLOGIE	15
CLINIQUE	18
ESSAI PATHOGENIQUE	23
TRAITEMENTS	28
LE PHOSPHATE DE BETAMETHASONE	30
OBSERVATIONS CLINIQUES	34
PLACE DES GLOSSODYNIES DANS LE DOMAINE PSYCHIATRIQUE	48
TENTATIVE D'ETUDE COMPAREE AVEC LES PARESTHESIES PHARYNGEES	53
CONCLUSIONS	56

BIELIOGRAPHIE.

